



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Metten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen

Martin Appelo en Alfred Lange*

Samenvatting

Dit artikel vat het onderzoek samen dat tot nu toe is gedaan naar de Korte Klachten Lijst en de Positieve Uitkomsten Lijst. Deze lijsten operationaliseren samen drie belangrijke aspecten van psychisch functioneren: psychisch lijden, autonomie en sociaal optimisme.

Inleiding

Overheid en verzekeraars willen aangetoond zien dat behandelingen doen wat ze beloven. Daarom is er een toenemende vraag naar goede meetinstrumenten voor screening, diagnostiek en evaluatie. Deze instrumenten moeten bij voorkeur kort zijn, zodat invullen klantvriendelijk is en weinig tijd kost. Ook is de kans dat de cliënt in een antwoordpatroon vervalt bij een korte zelfbeoordelvragenlijst veel kleiner dan bij een lange (Judd, Smith, & Kidder, 1991).

Psychisch lijden is een van de belangrijkste variabelen in de psychotherapie en de geestelijke gezondheidszorg. Of behandelingen resulteren in een afname van klachten is daarom een belangrijke prestatie-indicator. Er zijn dan ook heel wat vragenlijsten die psychische klachten meten. De meeste instrumenten zijn echter nogal lang. Bekende voorbeelden zijn de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) en de *Vierdimensionale Klachtenlijst* (4DKL; Terluin, 1998).

Naast klachten is er in ons vak de laatste twee decennia toenemend aandacht voor veerkracht (Masten, Best, & Garmezy, 1990). Dit is theoretisch gerelateerd aan de dominantie van bio-psycho sociale modellen waarin unicausaliteit is vervangen door wederzijdse beïnvloeding van verschillende factoren (Engel, 1992). De derde generatie gedragstherapie waarin niet zozeer het gevecht tegen klachten centraal staat als wel de manier waarop de klant zich er tot verhoudt (Brewin, 2006), is op te vatten als de meest recente praktische uitwerking hiervan. In de literatuur worden steeds twee groepen variabelen geïdentificeerd die veerkracht het best operationaliseren. Enerzijds variabelen zoals zelfcontrole, autonomie, regie en algemene competentieverwachting (in het Engels: *self efficacy*), anderzijds sociale variabelen zoals ervaren steun, een bevredigend netwerk en goed sociaal functioneren (Clark & Krupa, 2002; Klohnen, 1996; Perkins, 2001; Thoits, 1995). Samenvattend kan daarom worden gesteld dat naast klachten, de relatie van de patiënt met zichzelf en de relatie van de patiënt met

* DR. M. APPELO is gz-psycholoog/gedragstherapeut, als hoofd wetenschappelijk onderzoek verbonden aan Lentis en als universitair docent psychologie aan de Rijks Universiteit Groningen, Groningen. E-mail: ring@lentis.nl.
PROF. DR. A. LANGE is klinisch psycholoog/psychotherapeut en als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

de ander (Hermans, 1991) centraal staan in psychotherapie en geestelijke gezondheidszorg.

Recent werden twee korte vragenlijsten ontwikkeld die deze drie factoren meten. De Korte Klachten Lijst (KKL) en de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). In dit artikel worden de belangrijkste bevindingen samengevat uit het onderzoek dat tot nu toe naar deze lijsten werd uitgevoerd (Appelo & Harkema-Schouten, 2003; Appelo, 2005; Lange, Schrieken, Van de Ven, & Blankers, 2000; Lange & Appelo, 2007).

De Korte Klachten Lijst (KKL)

Items en interne consistentie

De KKL bestaat uit dertien symptomen die in de psychiatrie veel worden aangetroffen: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of -pogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen. De respondent geeft op een vijfpuntsschaal (0 = geen, 1 = een beetje, 2 = nogal, 3 = tamelijk veel, 4 = heel erg) aan in welke mate hij of zij last heeft, of recent heeft gehad, van verschillende klachten. Naast de dertien gesloten items is er een open item. De respondent kan hier zelf een klacht invullen. Dit item is alleen bestemd voor klinisch gebruik en wordt niet meegenomen bij het vaststellen van de totaalscore.

De interne consistentie van de KKL is goed. Bij studenten ($n = 457$) is de Cronbach's Alfa .78, bij psychiatrische patiënten ($n = 387$) .85 en bij mensen uit de algemene bevolking ($n = 982$) .79.

Test-hertestbetrouwbaarheid en correctie

De test-hertestbetrouwbaarheid van de KKL werd driemaal onderzocht. De Pearson-correlatie tussen de eerste en de tweede meting varieert tussen de .69 en de .77 en is dus voldoende.

Bij veel klachtgerelateerde vragenlijsten treedt tussen de eerste en de tweede afname een 'spontane' vermindering van de totaalscore op zonder dat er een therapeutische interventie is gedaan (Arrindell, 2001). Jorm, Duncan-Jones en Scott (1989) noemen dit het hertest-effect. In het algemeen verdwijnt dit effect tussen de tweede en de derde afname.

Voor het vaststellen van een behandel-effect kan het hertest-effect een probleem vormen. Een (significante) afname van klachten kan bij een hertest-effect immers ten onrechte aan de interventie worden toegeschreven. Toch wordt er bijna nooit voor dit effect gecorrigeerd. Voor de KKL-score is wel een hertest-effectcorrectie (HEC) bepaald. Op basis van de methode van Morris (2000) werd bij alledrie de test-herteststudies de verandering in score tussen het eerste en het tweede meetmoment uitgedrukt in procenten van de standaarddeviatie van het gemiddelde van de eerste afname. Het gemiddelde van deze drie percentages is 20%. Dit percentage geldt als HEC van de KKL. Treedt er tussen de eerste en tweede afname van de KKL dus een positieve

scoreverandering op die kleiner is dan of gelijk is aan 20% van de standaarddeviatie van het gemiddelde van de eerste afname, dan kan deze verandering niet aan de interventie worden toegeschreven, maar heeft hij betrekking op het hertest-effect van de KKL.

Relatie met demografische variabelen en validiteit

De score op de KKL hangt niet betekenisvol samen met leeftijd en opleidingsniveau. Ook is er geen verschil tussen mannen en vrouwen uit de algemene bevolking. Bij psychiatrische patiënten is er wel sprake van een sekseverschil: vrouwelijke patiënten ervaren meer psychisch lijden dan mannelijke patiënten. Verder blijkt dat psychiatrische patiënten beduidend meer psychisch lijden dan mensen uit de algemene bevolking. Binnen de patiëntengroep is er een duidelijk verschil tussen ambulante behandelde en niet-ambulante behandelde patiënten. De laatste groep ervaart meer psychisch lijden dan de eerste.

In twee studies werd gekeken naar de congruente validiteit van de KKL-score. Daartoe werd de samenhang met de totaalscore van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) berekend. De correlaties zijn .87 (bij $n = 457$ studenten) en .86 (bij $n = 29$ personen uit de algemene bevolking). De totaalscore van de KKL meet dus grotendeels hetzelfde als de totaalscore van de SCL-90. De KKL kan daarom als kort alternatief voor de SCL-90 worden gebruikt.

Met betrekking tot de begripsvaliditeit blijkt uit verschillende studies dat de totaalscore van de KKL sterk positief gerelateerd is aan een negatieve denkstijl, en redelijk tot sterk negatief aan positieve psychologische kenmerken zoals geluksbeleving, het ervaren van fysieke en psychische gezondheid, algemene competentieverwachting, tevredenheid met de leefomgeving en een positieve denkstijl. De gedeelde variantie komt nergens boven de 40%. De KKL is dus wel gerelateerd aan, maar meet duidelijk iets anders dan negatieve denkstijl en positieve psychologische factoren.

Praktisch gebruik

De KKL is diagnostisch te gebruiken om een indicatie te verkrijgen voor de mate waarin iemand psychisch lijdt. Een hoger dan gemiddelde score kan aanleiding vormen voor meer specifieke diagnostiek. Voor dat laatste kunnen individuele scores met behulp van normtabellen worden afgezet tegen de scores van psychiatrische patiënten (mannen en vrouwen apart) en mensen uit de algemene bevolking (Lange & Appelo, 2007). De lijst is ook goed te gebruiken voor wetenschappelijke effectevaluatie van behandelingen en het in kaart brengen van individuele fluctuaties.

De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)

Items en interne consistentie

De PUL bestaat uit tien items, verdeeld over twee subschalen: autonomie en sociaal optimisme. Respondenten moeten op een vierpuntsschaal (1 = helemaal niet, 2 =

nauwelijks, 3 = redelijk, 4 = helemaal) aangeven in hoeverre elk item in de afgelopen twee weken op hen van toepassing was.

Autonomie heeft zeven items en betreft de mate waarin de patiënt een positieve relatie heeft met zichzelf. Dit wordt geoperationaliseerd als het ervaren van draagkracht, regie, zelfstandigheid en zelfvertrouwen, je gedachten goed kunnen ordenen, weten wat je wilt en zelfinzicht hebben. De Cronbach's alfa is goed: .84 bij studenten ($n = 220$) en .88 bij mensen uit de algemene bevolking ($n = 321$).

Sociaal optimisme heeft drie items die gaan over de mate waarin de patiënt positief staat tegenover zijn sociaal functioneren. Dit wordt geoperationaliseerd als 'bij anderen terecht kunnen', goed functioneren in sociale contacten en tevreden zijn over het aantal sociale contacten dat je hebt. De Cronbach's alfa is redelijk: .66 bij studenten en .75 bij mensen uit de algemene bevolking.

In verschillende onderzoeksgroepen is de correlatie tussen autonomie en sociaal optimisme tussen .43 en .59. Een hoge score op autonomie gaat dus steeds gepaard met een hogere score op sociaal optimisme. De correlaties zijn echter niet dusdanig hoog dat beide schalen hetzelfde meten.

Test-hertestbetrouwbaarheid

De test-hertestbetrouwbaarheid werd berekend bij 96 studenten, die de lijst met een interval van een week invulden. De correlaties tussen beide metingen zijn .71 voor autonomie en .77 voor sociaal optimisme, hetgeen een voldoende resultaat is.

Relatie met demografische variabelen en validiteit

De scores op autonomie en sociaal optimisme correleren laag tot zeer laag met leeftijd en opleidingsniveau. Dit geldt zowel voor psychiatrische patiënten als voor mensen uit de algemene bevolking. Er is geen sekseverschil voor sociaal optimisme, maar wel voor autonomie: mannen scoren hoger op autonomie dan vrouwen. Dit geldt zowel voor psychiatrische patiënten als voor de algemene bevolking. Verder blijken de PUL-schalen goed te differentiëren tussen verschillende groepen proefpersonen. Niet-psychiatrische patiënten scoren beter dan psychiatrische patiënten en poliklinisch behandelde patiënten scoren beter dan niet-poliklinisch behandelde patiënten.

In verschillende studies is onderzoek gedaan naar de congruente validiteit van autonomie en sociaal optimisme. Daaruit blijkt steeds dat beide subschalen – maar autonomie meer (rond .60) dan sociaal optimisme (tussen .25 en .40) – positief en betekenisvol correleren met algemene competentieverwachting.

Onderzoek bij studenten en psychiatrische patiënten naar de begripsvaliditeit laat steeds zien dat autonomie en sociaal optimisme betekenisvol en negatief correleren met psychische klachten in het algemeen en met onzekerheid, minderwaardigheidsgevoelens en depressie in het bijzonder. Bij patiënten blijkt verder dat autonomie sterk positief gerelateerd is aan een actief probleemoplossende copingstijl en sterk negatief aan een depressieve stijl. Sociaal optimisme is het meest positief

gerelateerd aan sociale steun zoeken en het meest negatief aan een depressieve copingstijl. De gedeelde variantie komt nergens boven de 47%. De PUL-schalen meten dus steeds iets anders dan de daaraan gerelateerde variabelen.

Praktisch gebruik

De PUL is te gebruiken om een indicatie te verkrijgen voor de mate waarin iemand de relatie met zichzelf en anderen als positief beleeft. De subschalen zijn ook te gebruiken voor wetenschappelijke effectevaluatie van behandelingen en het in kaart brengen van individuele fluctuaties. Voor dat laatste kunnen individuele scores worden afgezet tegen de scores van psychiatrische patiënten en mensen uit de algemene bevolking. Voor autonomie is bij het samenstellen van normgroepen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen (Appelo, 2005).

De relatie tussen de KKL en de PUL

In een groep psychiatrische patiënten ($n = 176$) is gekeken naar de relatie tussen psychisch lijden zoals gemeten met de KKL en de subschalen van de PUL. Het ervaren van veel autonomie is betekenisvol gerelateerd aan minder psychisch lijden (-.48). Ditzelfde geldt, zij het in iets minder sterke mate, voor sociaal optimisme (-.25).

Ook in een onderzoek onder mensen uit de algemene bevolking ($n = 446$) van de provincie Groningen werd de relatie tussen de KKL en de PUL berekend. Dit leverde hetzelfde beeld op, hoewel de correlaties groter waren. Autonomie en psychisch lijden correleren -.61, sociaal optimisme en psychisch lijden correleren -.46.

Conclusie

De KKL en de PUL zijn twee korte zelfrapportagevragenlijsten met in totaal vierentwintig items. Daarmee kunnen drie belangrijke aspecten van psychisch functioneren snel, betrouwbaar en valide worden gemeten: klachten (psychisch lijden), en de centrale componenten van veerkracht: autonomie (de relatie van de patiënt met zichzelf) en sociaal optimisme (de relatie van de patiënt met zijn omgeving).

De uitslagen kunnen worden gebruikt om behandelingen te evalueren; niet alleen wetenschappelijk, maar ook individueel. Omdat de lijsten zo klantvriendelijk zijn, kunnen ze gemakkelijk op verschillende momenten tijdens de behandeling worden ingevuld. De resultaten zijn dan te gebruiken om het behandelproces te monitoren, te bespreken en eventueel bij te stellen in het licht van de doelen die de patiënt zichzelf stelt.

Abstract

This paper summarizes recent research on two Dutch self-report scales that operationalize psychological suffering, autonomy and social optimism.

Referenties

- Appelo, M.T. (2005). *Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Appelo, M. & Harkema-Schouten, P. (2003). De positieve uitkomstenlijst (PUL). *Gedragstherapie*, 36, 4, 309-318.
- Arrindell, W.A. (2001). Changes in waiting-list patients over time: data on some commonly-used measures. Beware! *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1227-1247.
- Arrindell, W.A. & Eetema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Clark, C.C. & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 4, 341-349.
- Engel, G.L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapies and Psychosomatics*, 57, 3-16.
- Hermans, H. (1991). The person as co-investigator in self-research: valuation theory. *European Journal of Personality*, 5, 217-234.
- Jorm, A.F., Duncan-Jones, P., & Scott, R. (1989). An analysis of the re-test artefact in longitudinal studies of psychiatric symptoms and personality. *Psychological Medicine*, 19, 487-493.
- Judd, C.M., Smith, E.R., & Kidder, L.H. (1991). *Research Methods in Social Relations (6th ed.)*. Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Klohn, E.C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*, 70(5), 1067-1079.
- Lange, A. & Appelo, M.T. (2007). *De Korte Klachten Lijst (KKL). Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.-P. van de, & Blankers, M. (2000). De Korte Klachten Lijst. *Directieve therapie*, 20, 384-392.
- Masten, A.S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2, 425-444.
- Morris, S.B. (2000). Distribution of the standardized mean change effect for meta-analysis on repeated measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 53, 17-29.
- Perkins, R. (2001). What constitutes success? The relative priority of service users' and clinicians' views of mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 179, 9-10.
- Terluin, B. (1998). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. *De Psycholoog*, 33, 18-24.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior (extra issue)*, 53-79.